

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 6

Travail de la Clinique Chirurgicale du Professeur BÉRARD
et du Centre anticancéreux de Lyon

Des syndromes d'inondation péritonéale par perforation utérine consécutive à l'évolution du chorio-épithéliome malin

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston HERVÉ

*Elève de l'École du Service de Santé Militaire
(Section des Troupes Coloniales)*

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Né le 20 Juillet 1907 à BORDEAUX (Gironde)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

Des SYNDROMES d'INONDATION PÉRITONÉALE
par PERFORATION UTÉRINE
CONSÉCUTIVE à l'ÉVOLUTION du CHORIO-ÉPITHÉLIOME MALIN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 6

Travail de la Clinique Chirurgicale du Professeur BÉRARD
et du Centre anticancéreux de Lyon

Des syndromes d'inondation péritonéale
par
perforation utérine consécutive à l'évolution
du
chorio-épithéliome malin

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston HERVÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

(Section des Troupes Coloniales)

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Né le 20 Juillet 1907 à BORDEAUX (Gironde)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie Interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	GOURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOUR	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, *président* ; POLLOSSON, *assesseur* ;
CIBERT et GUILLEMINET, *agregés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,
LE COMMANDANT Gaston HERVE
Chef d'Escadron d'Artillerie Coloniale
Officier de la Légion d'Honneur
Tué à l'Ennemi le 3 Juillet 1916

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD
Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de notre jury de thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GREYSSEL

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon

Chef de Clinique Chirurgicale

Qui nous a indiqué le sujet de
notre thèse.

Son accueil amical et les conseils bienveillants qu'il nous a prodigués nous font un agréable devoir de lui offrir ici, l'hommage de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOYER

Interne des Hôpitaux de Lyon

Qui nous fut d'un concours très précieux en mettant gracieusement à notre disposition les renseignements qu'il avait recueillis sur le sujet de notre thèse. Nous l'assurons de toute notre gratitude.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX

A MES MAÎTRES ET A MES CHEFS
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Des SYNDROMES d'INONDATION PÉRITONÉALE
par PERFORATION UTÉRINE
CONSÉCUTIVE à l'ÉVOLUTION du CHORIO-ÉPITHÉLIOME MALIN

Introduction

Les syndromes d'hémorragie intra-péritonéale sont connus depuis longtemps; NÉLATON en 1850 en donne déjà une description des plus complètes.

Mais avant l'ère chirurgicale, par suite de la rareté des vérifications opératoires, les auteurs imaginent pour les expliquer de nombreuses théories; multiples sont les origines invoquées: LE CHAPTOIS parle de l'exhalaison sanguine aiguë du péritoine, WIRCHOW. et FERBER proposent la pachypéritonite hémorragique, HUGUIER l'ovarite chronique; avec GALLARD c'est la théorie de la ponte ovulaire; RICHTER incrimine la rupture des plexus utéro-ovariens.

Cependant certaines de ces hypothèses, qui ne reposent pas sur des réalités anatomiques bien précises, tombent bientôt dans l'oubli; elles ne gardent plus qu'un intérêt historique, lorsque le rôle primordial de la grossesse extra-utérine, démontré par les opérations, les autopsies, les examens microscopiques, vient

peu à peu s'imposer à tous les esprits ; les causes jadis admises d'hémorragie intra-péritonéale s'effacent alors presque complètement au profit de la gravidité tubaire.

C'est à LAWSON-TAIT que l'on doit la notion de ce rôle prépondérant joué dans la genèse des inondations péritonéales chez la femme par la rupture de la trompe gravide. Avec CESTAN, en France, cette opinion devient classique : rupture et avortement tubaire, tels sont les deux accidents que tous les auteurs retrouvent à l'origine de presque toutes les hémorragies intra-péritonéales, si bien que peu à peu on en vient à croire qu'ils en constituent l'unique cause.

Mais bientôt, des excès mêmes de cette théorie par trop absolue, devait naître une nouvelle évolution : il semble à beaucoup qu'une affection d'allure aussi variée ne peut résulter d'une lésion toujours univoque, et dès les premières années de ce siècle se fait une mise au point.

On ne conteste plus sans doute aujourd'hui le rôle primordial joué par la grossesse extra-utérine dans la production des inondations péritonéales, mais de nombreux travaux ont tendu à montrer à côté d'elle, l'existence d'autres causes jusque là à peu près complètement exclues de la nosologie.

TARTANSON, en 1909, dans une thèse inspirée par son maître A. POLLOSSON, démontre, appuyé par une série d'observations, les deux origines possibles, utérine et ovarienne, d'un certain nombre d'hémorragies intra-péritonéales.

Les hémorragies d'origine ovarienne sont bien étu-

diées dans ces dernières années (1). MERLE dans une thèse récente passe en revue leurs différentes causes. Il distingue, à côté des hémorragies de la grossesse ovarienne, les hémorragies au niveau d'un ovaire non gravide :

hémorragies au niveau d'un ovaire normal, surtout hémorragies au niveau d'un ovaire altéré et survenant le plus souvent par suite de la rupture de kystes hématiques développés dans des ovaires scléro-kystiques.

Quant à la participation utérine dans la production des inondations péritonéales, elle est beaucoup moins fréquente.

Trois mécanismes jusqu'ici ont été bien étudiés, que nous ne ferons que citer :

la rupture des veines variqueuses du plexus ovarien, le reflux du sang dans le péritoine dans les cas de rétention des règles,

plus souvent, les hémorragies, complications des fibro-myomes utérins et dues à la rupture d'une des grosses veines qui sillonnent si souvent la surface des fibromes.

Mais parmi ces causes utérines d'hémorragie interne, et outre les accidents des épithéliomas primitifs du corps utérin, il en existe de beaucoup plus rares — à peine en connaît-on quelques cas — qui jusqu'ici semblent avoir été négligées par les auteurs et n'ont pas donné lieu à un travail d'ensemble vraiment complet.

(1) Ce travail était en cours de rédaction lorsque parut l'étude de Haller, dans la *Revue de Chirurgie*, étude consacrée à ces hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne.

Ce sont les hémorragies intra-péritonéales consécutives à la perforation d'un utérus par un chorio-épithéliome malin.

Ces inondations péritonéales se présentent avec des caractères un peu particuliers. Elles méritent d'être individualisées au point de vue clinique.

C'est à leur étude que se rapporte le sujet de notre thèse. A l'occasion d'une observation récente qui fut, de la part de MM. GONNET, CREYSSEL et BOYER, l'objet d'une communication à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon* du 7 avril 1930, nous avons recherché dans la littérature les cas antérieurs d'accidents analogues. Laissant de côté la question, connexe d'ailleurs, des perforations utérines par môle hydatiforme, nous n'avons retenu dans cette étude que les accidents de cet ordre dus à l'évolution du chorio-épithéliome malin.

Après avoir groupé toutes les observations que nous avons pu retrouver, nous avons, dans un bref historique et suivant l'ordre chronologique, cité ceux des auteurs français et étrangers qui s'étaient occupés plus particulièrement dans l'étude du chorio-épithéliome de la perforation utérine avec hémorragie interne. Puis nous avons insisté, dans l'étiologie, sur les antécédents que l'on retrouve le plus souvent dans l'histoire de la malade, et étudié dans un chapitre spécial l'aspect macroscopique des lésions telles qu'elles se présentent à la vue de l'opérateur. Enfin, dans une dernière partie, nous nous sommes efforcés d'établir les faits qui, dans l'hémorragie interne par perforation utérine à la suite de chorio-épithéliome, permettent et de poser un diagnostic et d'instituer une thérapeutique précoce et rapide.

PREMIÈRE PARTIE

Observations

OBSERVATION I

(GONNET, CREYSSSEL, BOYER, 1930.)

Hémorragie intra-péritonéale brutale, 3 mois après un curettage pour grossesse molaire. Hystérectomie totale. Mort presque immédiate.

M^{me} X..., 26 ans, est envoyée d'urgence à l'infirmerie de porte de l'Hôtel-Dieu, le 26 mars 1930, à 3 heures du matin. Elle se présente dans un état d'anémie grave qui rend l'interrogatoire difficile. On apprend, néanmoins, que ses dernières règles datent de juillet 1929 ; en janvier 1930, on a pratiqué en ville, un curettage pour môle hydatiforme. Depuis lors, pertes rouges persistantes avec quelques caillots, douleurs lombaires intermittentes. Le 24 mars 1930, dans la soirée, brusque douleur dans le bas-ventre, en coup de poignard. Le lendemain, après une période d'accalmie spontanée, reprise des douleurs dans le bas-ventre et dans le dos à 18 heures, avec pertes rou-

ges peu importantes ; dans la nuit, la malade est envoyée d'urgence à l'Hôtel-Dieu.

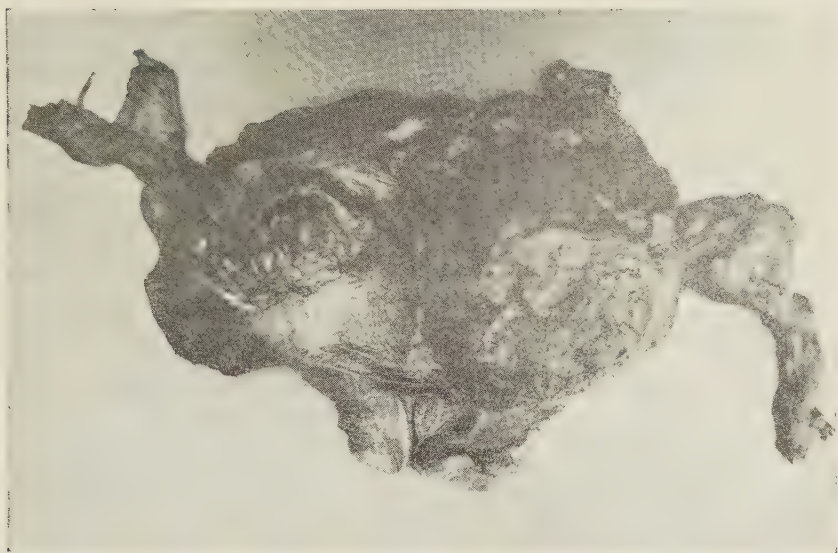
A l'entrée, température : 39,5. On est frappé par l'état d'anémie grave de la malade ; les muqueuses sont décolorées, les extrémités refroidies, le pouls incomptable, à peine perceptible. L'abdomen assez tendu est difficile à explorer. Au toucher vaginal, col utérin fermé ; par le palper abdominal combiné au toucher, on arrive avec peine à délimiter le fond utérin, qui déborde la symphyse pubienne d'un travers de main ; les culs-de-sac vaginaux sont douloureux et comblés par une masse dure et régulière qui paraît appartenir au corps utérin.

On se trouve donc en présence d'un syndrome d'hémorragie interne (l'hémorragie externe est insuffisante pour expliquer l'anémie aiguë), associé à un gros utérus.

Ces signes, joints à la notion d'un curettage antérieur pour môle hydatiforme, nous font porter le diagnostic d'inondation péritonéale par perforation utérine due à un chorio-épithéliome.

Dans l'intervalle on s'efforce de réchauffer la malade : stimulants diffusibles, oxygène, sérum sous la peau. La malade est alors opérée d'urgence par le Docteur Creysel.

Sous anesthésie générale légère à l'éther, laparotomie sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, un flot de sang s'échappe ; l'exploration rapide du petit bassin, montre qu'il n'existe pas de rupture tubaire, mais on trouve un gros utérus bloqué dans le fond du pelvis, du volume d'une petite tête fœtale. La malade est alors prudemment basculée, et, après refoulement des anses intestinales, on aperçoit très nettement sur la partie droite du fond utérin, un peu en avant du plan frontal médian, une déchirure aux bords irréguliers, longue de deux centimètres environ, par où sort du sang en bavant. On pratique alors une hystérectomie totale rapide suivie de péritonisation sur mèche vaginale ; fermeture rapide de la



Double tumeur chorio-épithéliale de l'utérus
avec perforation du fond de l'organe par le développement
du chorio-épithéliome.

(OBS. 1)

paroi en deux plans. Tout est prêt pour une transfusion sanguine qui va être commencée, lorsque la malade prend une syncope et malgré tous les soins, ne peut être ranimée.

A l'examen de la pièce anatomique, il s'agit d'un utérus du volume d'une petite tête fœtale, à contours irréguliers, Après section longitudinale, on trouve implantées sur le fond utérin, deux masses tumorales, l'une du volume d'une petite mandarine, l'autre plus petite ; elles sont enchassées dans le corps utérin, sessiles ; leur surface est irrégulière, en chou-fleur, sanieuse ; la plus volumineuse est en rapport avec la perforation utérine dont le trajet est sinueux. Macroscopiquement, il paraît bien s'agir de tumeurs malignes. Les deux ovaires sont augmentés de volume et scléro-kystiques. L'examen histologique, dû à l'obligeance du Docteur Croizat, a donné les renseignements suivants : le fragment envoyé est constitué par du muscle utérin envahi en surface par des éléments épithéliaux extrêmement atypiques, avec énormes monstruosité nucléaires. L'état nécrotique a modifié les éléments cellulaires et il est très difficile de retrouver les aspects caractéristiques, vu les phénomènes inflammatoires surajoutés. Il s'agit en tout cas, d'une évolution maligne et envahissante, et les éléments monstrueux se retrouvent bien à l'état isolé, parfois dans l'épaisseur du muscle utérin. Les fragments d'ovaires ont montré des corps jaunes, sans qu'il ait été noté d'envahissement tumoral à distance.

De cette observation il ressort qu'il a été permis de faire un diagnostic précis en raison : 1° des antécédents de la malade (curettage antérieur pour môle hydatiforme) ; 2° des pertes rouges intercalaires ; 3° et surtout en raison de la coexistence de deux symptômes en apparence opposés : d'une part syndrome d'inondation

péritonéale, perception d'un gros utérus d'autre part. Malheureusement la gravité du shock n'a pas permis de sauver la malade.

OBSERVATION II

(LEOPOLD, 1896.)

Inondation péritonéale un an après un accouchement suivi de pertes pendant 6 semaines. Hystérectomie. Suites non relatées.

Femme de 23 ans ; accouchement spontané le 25 juin 1895. Pertes rouges pendant les six premières semaines des suites de couches. Retour des règles, 3 mois après l'accouchement. Depuis l'automne 1895, hémorragies irrégulières tous les 14 jours avec douleurs. Brusquement le 7 juin 1896, douleur brutale dans le bas-ventre, suivie d'un syndrome d'anémie aiguë. Laparotomie immédiate par Léopold : inondation péritonéale ; au niveau du fond utérin, saillies végétantes ; d'une de ces protubérances, érodée sur une longueur de un centimètre et demi, le sang jaillit à flot. Ablation de l'utérus. Diagnostic de déciduome malin confirmé par l'examen histologique. Suites non relatées.

Il faut considérer très probablement les pertes rouges qui suivirent les couches comme l'expression d'une rétention de débris placentaires ; ceux-ci furent sans doute le point de départ du chorio-épithéliome.

OBSERVATION III

(REINICKE, 1897)

Hémorragie intra-péritonéale. Grossesse il y a 6 ans. Porro. Guérison opératoire. Suites non relatées.

Femme de 26 ans, opérée d'extrême urgence, avec le diagnostic d'hémorragie intra-péritonéale par rupture probable de grossesse extra-utérine. Inondation péritonéale: gros utérus avec, au niveau de son fond, une perforation par laquelle fait hernie un tissu dont l'aspect rappelle celui du placenta. Porro.

Examen histologique: chorio-épithéliome typique.

Depuis 6 ans après une grossesse existaient de l'irrégularité des règles et des pertes abondantes presque continues depuis un an. La malade, guérie de son opération, est examinée bien portante trois mois plus tard mais perdue ensuite de vue.

Cette observation est la seule que nous ayons, où soit noté un intervalle aussi long (6 ans) entre la dernière grossesse et le moment où le chorio-épithéliome se manifeste par l'hémorragie.

OBSERVATION IV (GOTTSHALL Pauline, 1901)

*Avortement molaire. Hémorragie interne. Laparotomie.
Mort.*

Femme de 30 ans; deux grossesses, la dernière terminée par un avortement molaire. Signes cliniques: hémorragies, tumeur faisant saillie à droite de l'utérus, symptômes d'hémorragie interne. Le diagnostic de grossesse extra-utérine droite est porté. Laparotomie: utérus perforé à sa partie postérieure droite; métastase au ligament large droit. Amputation sus-vaginale de l'utérus; mort quelques heures après l'opération.

A l'examen histologique: môle maligne se transformant en syncytiome malin (villosités molaires, épithélium à deux couches, gros bourgeons syncytiaux, cellules de Langhans).

OBSERVATION V
(HORMANN, 1904)

Retard de règles de 3 mois. Hémorragie interne. Opération. Guérison opératoire. Mort par cachexie 3 mois après.

Femme de 38 ans. Retard de trois mois et demi avec pertes rouges. Masse para-utérine. Grossesse extra-utérine probable. Pendant l'examen, syndrome d'hémorragie interne. Intervention immédiate: inondation péritonéale; au niveau de la corne utérine droite, tumeur brun-rougeâtre du volume d'une orange (impression de grossesse interstitielle), point de départ de l'hémorragie; à gauche, saillie d'un fragment de tumeur. Tout faisait penser à une grossesse ectopique, même l'anatomie pathologique macroscopique; seul l'examen histologique révèle le chorio-épithéliome malin. Bon état général pendant deux mois puis cachexie rapidement mortelle, trois mois et demi après l'intervention.

L'hémorragie est survenue au cours d'un examen de la malade: action possible du traumatisme.

OBSERVATION VI
(KÆNIG, 1905)

Grossesse molaire. Hémorragie interne. Mort.

Femme de 46 ans; une fausse couche sept ans auparavant; deux accouchements normaux, le dernier il y a 3 ans. Dernières règles du 10 décembre 1903 au 10 janvier 1904. Le 13 novembre 1905, examen sous anesthésie générale en raison de la contracture: corps utérin mou,

du volume d'un utérus gravide de cinq mois et demi; signe d'Hégar; pas de bruits du cœur fœtal. Au cours de l'examen, collapsus attribué au rétrécissement mitral. Diagnostic: grossesse avec fœtus mort; les pertes rouges abondantes de janvier sont mises sur le compte de tentatives abortives niées par la malade.

Le 22 novembre, à la suite d'une crise de dyspnée aiguë, dilatation du col aux bougies d'Hégar et tamponnement cervico-segmentaire à la gaze iodoformée. Le soir, l'ablation de la mèche ramène des vésicules et, avant qu'il soit possible d'intervenir, mort rapide avec signes d'anémie aiguë et dyspnée.

Autopsie: inondation péritonéale; utérus bourré de vésicules, à paroi très amincie présentant deux perforations, l'une ancienne, l'autre récente communiquant avec un vaste sinus sanguin; petits kystes ovariens sanguins et un corps jaune; noyaux néoplasiques pulmonaires; rétrécissement mitral.

Examen histologique: chorio-épithéliome utérin, métastases chorio-épithéliomateuses pulmonaires.

Cette observation montre encore la relation qui existe entre le traumatisme et l'apparition de l'hémorragie: deux fois au cours de deux examens différents, un ictus abdominal s'est produit; la seconde fois la mort survient, l'autopsie permet de se rendre compte de deux perforations dont l'une, cicatrisée, est le témoin du premier ictus.

OBSERVATION VII (FERGUSON, 1907)

*Retard de règles de 3 mois. Hémorragie interne.
Opération. Mort.*

Femme de 20 ans. Arrêt des règles depuis trois mois. Il y a trois semaines « écoulement d'eau sale mêlée de sang ». Le 4 septembre 1906, brusque douleur aiguë dans le bas-ventre avec « mal de cœur ». Le 5 septembre, la malade est examinée dans le service du Docteur Kirkland, à l'hôpital de Cheltenham: dyspnée et pâleur accusées; pouls à 114, dépressible et claquant; la température est à 100°4 Fahr.; douleur dans le bas-ventre avec propagation vers l'ombilic; paroi abdominale un peu rigide et très sensible. Au palper, large tumeur régulière, ronde, avoisinant l'ombilic; au toucher, col court, ramolli, fermé; utérus élargi se continuant à droite avec la tumeur; pas de pertes. Le diagnostic posé est: grossesse au 3^e ou 4^e mois, compliquée de kyste de l'ovaire tordu avec hémorragie intra-kystique; possibilité d'une grossesse ectopique; le chorio-épithéliome est considéré comme très improbable.

La malade est mise en observation; les jours suivants, accroissement de la tumeur, de la pâleur et de la rapidité du pouls. Le 14 septembre, le Docteur Ferguson intervient pour signes de grossesse et d'hémorragie abdominale, pouls à 138, et trouve « une tumeur rouge, inégale, qui d'abord située dans l'utérus l'avait perforé, et qui saignait; la cavité péritonéale contenait beaucoup de sang ». Mort de la malade à la fin de l'intervention.

A l'examen de la pièce, l'utérus est déformé par une large tumeur saignante ayant tous les caractères d'un déciduome; cette masse rouge, fongueuse, a traversé le fond utérin qu'elle dépasse largement en haut; elle emplit la cavité utérine, respectant le col. Les ovaires sont kystiques; l'un d'eux présente 2 nodules malins.

Au microscope, combinaison de syncytium et de ses dérivés avec colonnes et masses de cellules de Langhans; le syncytium envahit les vaisseaux. Les nodules ovariens malins sont composés de cellules de Langhans, serrées dans des alvéoles dont les parois sont formées de syncytium.

Cette observation n'avait pas encore été rapportée. Elle nous montre une hémorragie intra-péritonéale, moins sévère que celles que nous avons déjà relatées ; la perforation de l'utérus par toute la tumeur la distingue aussi des autres observations.

OBSERVATION VIII
(NAGELSBACH, 1922)

*Inondation péritonéale 15 mois 1/2 après un avortement.
Hystérectomie subtotale. Mort.*

Femme de 47 ans. Intervention antérieure pour lithiasé biliaire.

Avortement 15 mois 1/2 auparavant. Depuis quelques mois, la santé décline; l'abdomen devient dur depuis quelques semaines; les règles sont irrégulières. Brusquement, phénomènes syncopaux, pouls petit, rapide. Intervention d'urgence: inondation péritonéale, gros utérus. Hystérectomie subtotale. Décès quelques heures après l'intervention.

Examen de la pièce: tumeur très vascularisée au niveau de la corne gauche, ayant infiltré toute la musculature jusqu'à la séreuse déchirée en un point; muqueuse entièrement saine.

Examen histologique: chorio-épithéliome malin.

OBSERVATION IX
(STROZZI, 1924)

Hémorragie intra-péritonéale 2 mois après une fausse couche. Guérison opératoire. Mort par métastases.

Femme de 32 ans, opérée 2 mois auparavant pour fausse couche infectée. Sans métrorragies, syndrome d'inondation péritonéale. Intervention: chorio-épithéliome, perforation du fond utérin; deux ovaires sclérokystiques. Hystérectomie subtotale. 50 jours après, métastases vaginales et pulmonaires. Mort en 25 jours.

L'hémorragie interne est survenue ici brusquement et sans métrorragies antérieures; on conçoit la difficulté qu'il y avait à faire le diagnostic.

OBSERVATION X

(SIREDEY, BROcq, MONOD et RICHARD, 1925)

Inondation péritonéale un an après un avortement molaire. Opération. Guérison opératoire. Guérison définitive par les agents physiques.

Femme de 27 ans. En juillet 1922, expulsion spontanée d'une môle hydatiforme au troisième mois de la grossesse; curetage en juin 1923 pour pertes rouges (l'examen microscopique des fragments est négatif).

Au début de juillet 1923, syndrome d'hémorragie interne avec douleur en coup de poignard dans le bas-ventre; sédation spontanée mais persistance des pertes rouges. Le 24 août 1923, syndrome d'inondation péritonéale. Intervention d'urgence: inondation péritonéale; perforation utérine à bords déchiquetés (dans laquelle on introduit facilement le petit doigt); à côté de celle-ci, cicatrice fibreuse un peu rétractée, répondant à la perforation de l'utérus en juillet 1923. Hystérectomie subtotale.

Examen histologique: placentome diffus.

Récidive fin septembre 1923 (masse douloureuse, dure, du volume d'une noix, dans le fond du cul-de-sac), radio-

thérapie puis radiumthérapie. Revue en septembre 1925; reprise de poids, cul-de-sac non induré: peut être considéré comme guérie, 2 ans après le début du traitement, par les agents physiques.

Le cas de Siredey est le seul où une guérison durable ait été obtenue.

OBSERVATION XI

(BUTOMO, 1926)

Fausse couche suivie de 2 curettages. Hémorragie interne un an après. Opération. Mort.

Femme de 23 ans. Un an auparavant, premier curettage pour fausse couche de deux mois; deuxième curettage six mois après pour hémorragies persistantes. Dans les trois semaines suivantes s'échelonnèrent quatre crises douloureuses abdominales avec syncope, sans hémorragie externe; affaiblissement progressif.

A l'examen, signes d'anémie, gros utérus (correspondant au volume d'un utérus gravide de deux mois et demi); à travers la paroi vaginale postérieure on sent de compacts caillots sanguins.

Diagnostic: rupture de trompe gravide droite avec hématoçèle rétro-utérine. Laparotomie: hémorragie intrapéritonéale; au niveau du fond utérin, 2 petites saillies centrées par une ouverture saignotante. Amputation de l'utérus et des annexes droites augmentées de volume. Mort deux heures après l'intervention.

Examen histologique: chorio-épithéliome utérin, amas syncytiaux végétants au niveau des annexes droites.

L'hémorragie n'a pas eu le caractère cataclysmique habituel. Les 4 crises douloureuses avec syncope qu'eut

la malade doivent correspondre à de minimes perforations par où le sang pénétra peu à peu dans le péritoine.

OBSERVATION XII

(PATTI, 1926)

Retard de règles de un mois. Hémorragie interne. Intervention. Guérison opératoire. Mort secondaire par métastases.

Femme de 27 ans, multipare. Dernières règles le 20 février 1925. Le 22 mars, pendant douze heures, douleur suraiguë dans le bas-ventre avec vertiges, vomissements; persistance de douleurs plus ou moins marquées, avec apparition de pertes rouges fin avril; à ce moment l'examen montre: gros utérus, à droite duquel on perçoit une autre tumeur; bon état général, pouls petit, mais régulier. Intervention fin mai 1925 pour grossesse tubaire droite avec hémorragie rétro-utérine: hémopéritoine, gros utérus présentant une masse bosselée à droite, au centre de laquelle existe une ulcération cratériforme. An-nexectomie totale élargie. Chorio-épithéliome. Greffe vaginale secondaire. Décès le 27 septembre avec métastases pulmonaires.

OBSERVATION XIII

(DURANTE et ROULLAND, 1926)

Curettage pour pertes rouges suivant un accouchement. Trois mois après, hémorragie interne. Hystérectomie totale. Guérison opératoire. Mort secondaire.

Femme de 40 ans. Accouchement d'un macéré hydro-céphale en septembre 1925. Curettage en novembre 1925 pour pertes rouges. Hémorragie utérine très abondante le 5 janvier 1926; persistance des hémorragies, douleurs lombo-abdominales, gros utérus mou, la température est à 38-38°5 le soir. Le 23 février, douleur abdominale violente avec signes d'hémorragie intra-péritonéale, température à 40°. L'intervention est toujours refusée.

Le 26 février, laparotomie: hématocèle, gros utérus présentant à gauche une masse rouge sombre centrée par une perforation. Hystérectomie totale. Greffe vaginale le 15 mars. Décès le 20 mars.

Examen histologique: épithéliome ecto-placentaire, myométrite ancienne.

OBSERVATION XIV

(DESPLAS et BARTHES, 1927)

*Hémorragie interne 4 mois après la suppression des règles.
Mort pendant l'opération.*

Femme de 30 ans. Dernières règles en février 1925; trois syncopes en avril et juin. Un médecin fait le diagnostic de grossesse. Pertes rouges le 23 juin, puis amaigrissement, pâleur. Le 4 juillet dans la nuit, douleurs lombaires, étouffements, syncopes, nausées, un vomissement; état d'anémie aiguë, gros utérus avec au niveau de la corne gauche une masse saillante paraissant faire corps avec lui. Diagnostic de grossesse extra-utérine rompue. Intervention d'urgence: inondation péritonéale, gros utérus bosselé avec une perforation postérieure. Hystérectomie subtotalaire rapide; syncope mortelle au moment de la réfection de la paroi.

A l'examen de la pièce, outre la perforation postérieure

béante, il en existe une antérieure bouchée par une adhérence péritonéale et paraissant ancienne.

Examen histologique: aspect typique de chorio-épithéliome malin.

L'examen de la pièce montre une perforation ancienne correspondant probablement aux syncopes d'avril et de juin, perforation bouchée par une adhérence.

OBSERVATION XV

(WERTHEIMER et AMOUROUX, 1929)

Hémorragie interne 3 mois après une fausse couche suivie de métrorragies. Hystérectomie. Guérison opératoire. Mort par métastases.

Femme de 23 ans; trois accouchements normaux, deux fausses couches, la dernière datant de trois mois. Depuis lors, pertes rouges irrégulières avec quelques contractions utérines douloureuses.

A l'entrée, anémie, température à 38°. Utérus un peu gros, régulier, douloureux; col légèrement entrouvert, assez ferme. Annexe gauche perçue. Région sous-ombilicale droite douloureuse au palper. Métrorragie le 1^{er} octobre avec expulsion de menus débris, ce qui semble confirmer l'hypothèse de rétention placentaire.

Le 2 octobre, brutalement, douleur abdominale intense, état syncopal des plus graves: tableau clinique d'inondation péritonéale, gros utérus perforé au niveau de la corne droite; hystérectomie subtotale rapide. Chorio-épithéliome sans vésicules, confirmé par l'examen histologique.

Suites: fin janvier 1923, maintien de la guérison (col et culs-de-sac normaux); mais le 2 mars 1929, apparition

de signes de généralisation pulmonaire et mort peu de temps après.

A ces 15 observations s'ajoutent quelques autres dont nous n'avons pu retrouver la description détaillée pour des raisons purement matérielles. Pour certaines nous ne possédons que les indications bibliographiques avec le titre de la communication ou quelques mots d'observation.

OBSERVATION XVI

(WYDER, 1900, in *thèse de Briquel*)

Il s'agit d'un syncytiome malin survenu chez une secondipare et se traduisant par des signes cliniques d'anémie et d'hémorragie interne. La laparotomie, suivie d'ailleurs de mort une heure après, montre un utérus perforé par la tumeur.

OBSERVATION XVII

(CHISHOLM, 1920)

Dans une communication portant sur 13 cas de chorio-épithéliome observés à l'hôpital Jessob, de Cheffield, l'auteur rapporte un cas avec vomissements sévères, pour lequel on trouve dans l'abdomen du sang libre provenant d'une perforation utérine.

OBSERVATION XVIII

(PEREZ et JACOB, 1928)

Ces auteurs ont publié, à la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Buenos-Ayres, un cas de « môle perforante, chorio-épithéliome, mort par hémorragie interne ».

OBSERVATIONS XIX et XX

Ces observations concernent les cas de Garkish et d'Alban Doran rapportés sans références par Pollosson et Violet.

D'autre part nous avons retrouvé dans la thèse de Briquel (Nancy, 1903), trois cas qui sont d'ailleurs plus douteux.

OBSERVATION XXI

(KALTENBACH, 1890, in *thèse Briquel*)

*Avortement molaire. 9 mois après, hémorragie interne
Mort.*

Femme de 46 ans, grande multipare; cinq mois environ après l'expulsion d'une môle vésiculaire, douleurs dans le bas-ventre, écoulements lavure de viande, amaigrissement (curettage). Péritonite subaiguë. Mort, neuf mois après l'évacuation de la môle, par hémorragie intrapéritonéale consécutive à la rupture d'une volumineuse tumeur inopérable (utérus gros comme un tête d'enfant, tumeur en voie de désagrégation, muscle très aminci), peu de temps après le curettage explorateur.

Dénomination: Sarcome du fond de l'utérus (les données histologiques précises font défaut).

Les deux observations suivantes sont antérieures aux premières descriptions du chorio-épithéliome; elles sont néanmoins rangées par Hormann dans cette catégorie de tumeurs.

OBSERVATION XXII

(JACUBASH, 1882, in *thèse Briquel*)

*Hémorragie interne quelque temps après un avortement.
Mort.*

Femme de 26 ans, multipare. Après un avortement au quatrième mois, hémorragies, amaigrissement. Diagnostic: fibrome.

Hémorragie interne fatale par perforation d'une tumeur utérine; à l'autopsie, au niveau du fond utérin, tumeur comme une pomme, perforation d'une tumeur secondaire, intra-musculaire, à la corne droite; plusieurs nodules disséminés dans la muqueuse utérine; métastases au col de la vessie. Histologiquement, masses de structure indéterminée et très vascularisées; masses anuclées; nombreux noyaux lymphoïdes limitant des lacunes sanguines.

Dénomination: sarcoma telangiectoïde haemorrhagicum multiplex uteri et metastaticum colli vesicæ.

C'est le seul cas où l'on trouve des métastases à la vessie.

OBSERVATION XXIII

(ZAHN, 1884, in *thèse Briquel*)

*Signes de péritonite peu après un avortement. Opération.
Mort.*

Femme de 43 ans, multipare. Dernière grossesse: avortement probable.

Signes cliniques: refroidissement, constipation, vomissements porracés, péritonite. Laparotomie: perforation d'une anse grêle. Mort une heure après.

A l'autopsie, on trouve une perforation utérine en arrière et à gauche; à l'angle tubaire gauche, tumeur envahissant le muscle (cellules cubiques et pavimenteuses épithéloïdes, éléments ovales et allongés, formation d'aspect vilieux avec un revêtement double) : Polype placentaire destructif.

Titre de la communication: *Über einen Fall von Perforation der Uteruswandung durch einen Placentarpolypen mit nachfolgender Hæmatocele retro-uterina.*

Enfin d'autres cas, cités par différents auteurs, concernent les communications de HENKEL, WILTON, HARKNESS, mais d'après le contexte il s'agit de môles perforantes (môle maligne avec rupture de grossesse interstitielle dans le cas de HENKEL, môle maligne dans les observations de HARKNESS et de WILTON), et on ne parle pas de leur dégénérescence en chorio-épithéliome. Nous les éliminons donc du cadre de notre étude.

Nous n'avons d'autre part pas retrouvé l'observation de SCHMORL rapportée en 1913 par POLLOSSON et VIOLET.

Historique

L'histoire de l'accident qui fait l'objet de ce travail est assez récente; c'est en effet seulement à la fin du XIX^e SIÈCLE que le chorio-épithéliome malin est isolé du cadre des néoplasies utérines.

SAENGER en 1888, après lui MARCHAND (de Greifswald), NOVÉ-JOSSERAND et LACROIX, en 1894, en donnent une excellente description générale, tant du point de vue clinique qu'anatomo-pathologique.

Mais il faut arriver au travail d'HORMANN (1904. Ruptur einer chorio-epitheliom mit schwerer intra-peritoneale Blütung) pour voir attirer l'attention sur un certain nombre de cas où, dans le cours de l'évolution du chorio-épithéliome, est survenue une hémorragie intra-péritonéale avec perforation de l'utérus. A l'occasion d'un cas personnel qu'il résume ainsi : « signes d'hémorragie intra-péritonéale chez une malade soupçonnée de grossesse tubaire; laparotomie; l'utérus est perforé par une tumeur que l'examen démontre être un chorio-épithéliome » HORMANN cite quelques cas de rupture spontanée de l'utérus avec hémorragie interne. Parmi ceux-ci, deux, celui de JACUBASCH (1888) et de ZAHN (1884) antérieurs à la découverte du chorio-épi-

théliome, sont cependant rangés dans cette catégorie de tumeurs.

L'année suivante, KÆNIG (môle hydatifome maligne, métastases de chorio-épithéliome, mort par hémorragie intra-péritonéale) rappelle les cas de Hormann. Il cite en outre trois autres cas, dont un lui est personnel; les deux autres d'ailleurs concernent des môles.

L'étude de la question fait un pas de plus avec A. POLLOSSON et VIOLET qui, dans leur rapport sur le chorio-épithéliome malin au congrès de LILLE (1913), signalent plusieurs observations de perforation utérine avec hémorragie interne au cours de l'évolution de cette affection : « Exceptionnel, disent-ils, est le début par hémorragie intra-péritonéale signalé par certains auteurs. » Ils ont eux-mêmes relevé deux cas, l'un de ALBAN DORAN et l'autre de GARKISCH.

A part la publication de l'observation de SIREDEY, en 1925, aucune étude n'est entreprise de nouveau quand, en 1926, BUTOMO (*Intraperitoneale Blütung beim chorio-epitheliom der Gebärmutter*) rapporte une observation nouvelle, précédée d'une assez bonne bibliographie et de quelques lignes sur la question : « Parmi les différentes manifestations cliniques du chorio-épithéliome, l'hémorragie intra-péritonéale, provoquée par la destruction de la paroi utérine, se présente très rarement. » Il cite en outre deux observations dues à STROZZI (1922) et à NAGELSBACH (1924).

L'année d'après, en 1927, DESPLAS et BARTHES, ayant eu l'occasion d'observer un cas de perforation utérine par chorio-épithéliome, en publient la relation; ils ne retrouvent qu'un nombre limité d'observations et con-

cluent comme leurs prédécesseurs à la rareté de cet accident et à la difficulté du diagnostic.

Depuis, deux cas nouveaux sont relatés tous deux à LYON, l'un par MM. WERTHEIMER et AMOUROUX, l'autre tout récemment par MM. GONNET, CREYSSEL et BOYER. L'observation de ces derniers est l'occasion d'un travail d'ensemble très documenté de MM. CREYSSEL et BOYER (*Gynécologie et Obstétrique* 1930); ce travail, appuyé sur le plus grand nombre d'observations rassemblées jusqu'ici, met au point très complètement cette question de la perforation utérine avec inondation péritonéale consécutive au chorio-épithéliome malin.

Etiologie et Pathogénie

L'hémorragie intra-péritonéale consécutive à la perforation de l'utérus complique rarement l'évolution du chorio-épithéliome. Nous n'en voulons pour preuve que le petit nombre d'observations que nous avons pu recueillir dans les publications françaises ou étrangères de ces 40 dernières années.

Dans les statistiques qui étudient les diverses causes de mort dans l'évolution du chorio-épithéliome, tous les auteurs insistent sur la rareté de l'hémorragie intra-péritonéale : LADINSKY donne une fréquence de 4 % ; BRIQUEL, examinant 250 observations de chorio-épithéliome, note 4 cas seulement où l'hémorragie intra-péritonéale apparaît au cours de l'évolution de cette néoplasie. Avec lui, les classiques donnent une fréquence de 2 %.

A un autre point de vue, et par rapport à l'ensemble des hémorragies internes, il est difficile de donner quelque précision sur la fréquence de l'inondation péritonéale due à une perforation utérine à la suite de chorio-épithéliome; mais le pourcentage doit en être infime, car, dans la genèse des hémorragies intra-péritonéales, la grossesse extra-utérine a de beaucoup le

rôle le plus important. THÈVENARD dans sa thèse attribue en effet à cette cause seule 5 % des cas d'inondation péritonéale; et pourtant un grand nombre d'observations ne sont pas publiées. Aussi, les classiques ne font-ils même pas mention du chorio-épithéliome dans l'énumération des causes d'hémorragie intra-péritonéale, pas plus d'ailleurs que TARTANSON et que BESANÇON et MERLE qui, dans des thèses très récentes, étudient cependant les hémorragies péritonéales en général.

Quelle que soit la rareté des observations publiées, il est néanmoins utile de déterminer les conditions étiologiques de tels accidents.

Pour tous les auteurs l'âge le plus prédisposé est celui de la vie génitale active : c'est surtout chez des femmes jeunes de 22 à 32 ans, que l'on rencontre cet accident, les limites extrêmes étant 17 et 55 ans. C'est ce qui résulte aussi de l'étude de nos observations; dans 17 cas où l'âge a été noté, nous en trouvons 12, soit les deux tiers, où la malade n'avait pas dépassé 32 ans... BRIQUEL d'ailleurs conclut ainsi : « le chorio-épithéliome malin se rencontre pendant toute la durée de la vie génitale, mais surtout chez les femmes jeunes. C'est là une donnée précieuse pour un diagnostic différentiel d'avec les néoplasies malignes de l'utérus, fréquentes surtout après la ménopause. »

Les antécédents gynécologiques sont ici, comme dans toutes les affections de l'appareil génital de la femme, du plus haut intérêt à considérer MARCHAND, en 1894, établit qu'à l'origine du chorio-épithéliome se trouve toujours une grossesse et le plus souvent une gros-

sesse molaire. C'est aussi la conclusion de PROUST et BENDER dans leur rapport au congrès de Lille de 1913: « l'existence d'une grossesse intra ou extra-utérine est une condition indispensable de l'apparition du néoplasme. » Pour BRINDEAU et NATTAN-LARRIER, la môle est presque toujours à l'origine du chorio-épithéliome malin. La plupart des auteurs lui donnent une fréquence de 30 à 60 %. Il nous semble cependant que ces chiffres sont exagérés : le chorio-épithéliome apparaît plus souvent après un avortement simple ou un accouchement normal (dans nos observations la môle est notée trois fois (Obs. 1, 10, 21); dans tous les autres cas il y eut une grossesse normale ou une fausse couche). Dans tous les cas, une condition est nécessaire : la rétention de débris placentaires dans l'utérus. La plupart du temps, un intervalle de deux à quatre mois sépare le moment de l'avortement ou du terme de la grossesse de l'époque où se produit la perforation qui est la révélation du chorio-épithéliome. Néanmoins, dans certaines de nos observations, nous trouvons un intervalle de 1, 2 et même 6 ans (Obs. 3). Il est probable, comme l'écrit KRÖSING, que, dans ces cas-là, il est survenu dans l'intervalle une grossesse méconnue, ou bien que la tumeur est due à la transformation d'un polype placentaire méconnu qui a évolué silencieusement dans l'utérus.

La perforation, contrairement à ce que l'on pourrait croire, n'est pas un signe tardif de chorio-épithéliome; elle survient le plus souvent dans les cas de lésions peu avancées, alors que celles-ci sont encore cantonnées dans l'utérus. Lorsque se produit l'hémorragie intra-

péritonéale qui nécessite l'intervention, ou bien à l'autopsie, l'on ne note que très rarement des métastases qui sont pourtant si fréquentes dans le chorio-épithéliome. Sur les 23 cas que nous avons réunis, dans un seul cas (Obs. 6), il fut trouvé des noyaux pulmonaires, dans quatre autres l'on trouva une localisation au ligament large (Obs. 4), aux ovaires (Obs. 7), au col de la vessie (Obs. 22). La fréquence relativement faible de ces métastases permet de comprendre l'importance de l'opération radicale.

Pathogénie

Quant au mécanisme de la perforation utérine il est très simple : il correspond à la perforation progressive de la paroi interne par l'extension de la tumeur

C'est facilement et précocement que le tissu néoplasique se propage et infiltre les tissus voisins en se frayant un chemin à l'emporte-pièce. A la façon des villosités placentaires dont il a, exacerbées, les propriétés essentiellement destructives et envahissantes, il vrille la paroi interne, puis vient faire saillie sous la séreuse qu'il franchit bientôt.

L'abondance de l'hémorragie ferait croire à une hémorragie artérielle, mais il est pourtant probable, étant donné le caractère des lésions, qu'il s'agit d'hémorragie veineuse. En effet les veines de l'utérus, remarquables à la fois par leur nombre et leur volume et entièrement dépourvues de valvules, convergent toutes

vers la couche musculaire moyenne; elles s'y collectent dans un système de canaux spéciaux, réduits à leur revêtement endothélial, comme creusés dans la tunique musculaire, et qui de ce fait restent béants sur les coupes : ce sont les *sinus utérins*.

La croissance du chorio-épithéliome fait augmenter les dimensions de la cavité utérine et conduit ainsi, à l'instar de ce qui a lieu dans la grossesse, à la dilatation de ces sinus. Qu'en un point la paroi soit amincie par une ulcération plus ou moins végétante et un traumatisme minime peut créer, et la perforation et l'hémorragie; l'observation de Kœnig est typique à cet égard : « l'on trouva un utérus à parois très amincies, présentant une perforation communiquant avec un vaste sinus sanguin. » Ceci explique la fréquence relative de l'inondation péritonéale peu après un curettage ou au cours d'un examen obstétrical (Obs. 5 et 6).

D'autre part, bien que le chorio-épithéliome n'ait pas de vaisseaux propres, il a cependant une vascularisation très développée qui s'opère par de larges lacunes sanguines très nombreuses. Il est plutôt étonnant que dans ces cas, où la vascularisation de la tumeur s'ajoute à celle propre de l'utérus, les hémorragies internes ne soient pas plus fréquentes : en effet, qu'un bourgeon néoplasique rencontre un de ces sinus, il y pénètre en soulevant sa paroi endothéliale et fait ainsi béer la veine, puis, continuant à se développer il atteint enfin le péritoine et le fait ainsi communiquer avec ce sinus largement ouvert ; l'hémorragie est alors constituée (cas de FERGUSON et Obs. 3 par exemple).

Peut-être, dans d'autres circonstances, existe-t-il un processus différent, mais les sinus utérins doivent jouer toujours un grand rôle, et dans la production, et dans l'abondance de ces hémorragies cataclysmiques.

Anatomie-Pathologique

Avant d'insister plus particulièrement sur l'aspect des lésions, telles qu'elles se présentent à l'examen des pièces opératoires après laparotomie, nous croyons utile de faire un bref rappel de l'anatomie pathologique macroscopique du chorio-épithéliome malin non compliqué :

L'utérus est augmenté de volume, il a l'aspect d'un utérus gravide au 3^e ou 4^e mois, parfois il est plus volumineux. La surface est en général irrégulière, présente des bosselures quand le chorio-épithéliome vient faire saillie sous la séreuse. Le siège de la tumeur est variable, il répond à l'aire placentaire et le plus souvent au segment supérieur dans le fond de l'organe. Le chorio-épithéliome apparaît comme une masse dont le volume varie de celui d'un gros pois à celui d'une orange ou même plus. Sa couleur est rougeâtre, lie de vin. Il est friable, et à la coupe, strié de marbrures brunes. Sa forme est également variable, on peut distinguer :

- un type polypeux,

- un type sessile, la tumeur s'implantant largement dans la paroi utérine,

un type fibreux,
et enfin un type interstitiel, plus rare.

(in *Forgue et Massabiau*).

Mais la perforation de l'utérus, par l'hémorragie qu'elle entraîne, provoque souvent des modifications appréciables; ce sont ces modifications que nous nous proposons d'étudier d'après les examens macroscopiques relatés dans nos observations.

Après incision de la paroi de l'abdomen, on est frappé par la quantité de sang épanché; un sang noir, mêlé de caillots, remplit la cavité pelvi-abdominale; rapidement le petit bassin en est débarrassé et l'exploration des organes génitaux commence: il peut s'agir d'une hémorragie de cause tubaire, ovarienne, utérine.

L'on s'aperçoit alors que les trompes ne saignent pas; les annexes sont saines; parfois cependant reconnaît-on la présence d'ovarite kystique (Obs. 1, 7, 9); rarement d'ailleurs ces kystes atteignent un gros volume.

Par contre l'utérus est très nettement modifié; il est gros, du volume d'une petite tête fœtale, pâle. Parfois il adhère aux organes voisins; cette adhérence est le témoin d'une perforation ancienne cicatrisée par la suite. Sa surface est assez souvent modifiée par de petites tumeurs superficielles de coloration gris rouge. Au toucher il donne l'impression de mollesse élastique. Sa forme est dans quelques cas bouleversée, quand par exemple une tumeur s'est extériorisée après l'avoir perforé.

La perforation présente un aspect très variable. Elle siège le plus souvent au niveau du fond de l'utérus, soit à sa partie postérieure, soit surtout au niveau d'une

corne utérine. Tantôt elle apparaît sur une surface saine, ses bords sont déchiquetés, elle semble cratéri-forme et le sang s'écoule à flots; tantôt elle se trouve au centre de saillies végétantes et donne l'impression d'une ouverture saignotante au milieu d'une masse rouge sombre; tantôt enfin la tumeur après avoir perforé l'utérus a fait hernie et se présente sur cet organe sous forme d'un tissu rappelant le placenta (Obs. 3), ou encore comme une masse rouge, fongueuse, saignante (cas de FERGUSON).

Dans certains cas, à côté de cette perforation, origine de l'hémorragie, existe la cicatrice d'une perforation ancienne : une adhérence du péritoine viscéral, un caillot l'ont obturée et l'hémorragie fut arrêtée ainsi (cas de KÖENIG, SIREDEY, DESPLAS, où un syndrome d'inondation péritonéale avait eu lieu quelque temps auparavant).

Il est parfois possible à l'examen seul de l'utérus de préjuger du siège du placentome malin. Mais c'est après ouverture par incision d'une des parois que ce siège peut être précisé : le chorio-épithéliome peut intéresser, et avec tous les degrés intermédiaires, tout ou partie de l'endomètre. Tantôt, il est d'un aspect grossièrement villeux, exhubérant et est solidement fixé par des prolongements dans la paroi; tantôt il est saillant, nettement délimité; parfois enfin, il est sous-muqueux ou même interstitiel. Il est implanté avec une élection relative à un angle tubaire. La dimension varie d'une petite cerise à un œuf; il y en a quelquefois plusieurs et à la coupe, l'aspect en est marbré, truffé.

Quant aux métastases. à ce stade d'évolution de la tumeur où se produit l'hémorragie, elles sont peu fréquentes (5 cas sur 23 observations) ; la circonstance est heureuse, car c'est leur absence fréquente qui justifie la tentative d'un traitement chirurgical.

DEUXIÈME PARTIE

Etude clinique

C'est par un syndrome d'inondation péritonéale banal que se traduit l'hémorragie interne due à la perforation de l'utérus par le chorio-épithéliome, mais, néanmoins, quelques particularités étiologiques et symptomatiques peuvent parfois permettre de reconnaître les causes particulières de ce syndrome d'hémorragie interne.

Symptômes

Brusquement la malade ressent une douleur violente dans le bas-ventre, douleur souvent syncopale mais qui s'atténue bientôt légèrement. Peu à peu s'affirme l'hémorragie interne : lorsque la malade est amenée à l'hôpital elle est d'une pâleur impressionnante, ses lè-

vres sont décolorées; son regard anxieux ; les extrémités sont froides, le pouls se perçoit à peine ; la sueur perle sur son front, elle a soif, perd fréquemment connaissance, a des nausées, vomit parfois. Dans quelques cas la douleur initiale est cependant moins violente et ce n'est que peu à peu que se produit l'hémorragie.

A l'examen, on trouve un ventre sensiblement ballonné ; il se défend un peu, mais n'est pas vraiment contracturé : il respire. Le toucher vaginal fait pousser un cri à la malade lorsqu'on cherche à sentir le col ; celui-ci est la plupart du temps fermé ou à peine entrouvert, plus ou moins ramolli. Par le palper abdominal combiné au toucher, on arrive à délimiter le corps utérin : il est globuleux, de consistance molle, son fond déborde de 3 à 4 travers de doigt la symphyse pubienne ; la surface de l'organe est en général lisse, mais présente parfois des bosselures.

Le toucher intra-utérin, pratiqué avec la plus grande aseptie, peut, dans quelques cas, être d'une grande utilité : il permet alors de sentir au niveau du fond un bourgeon mou, friable, saignant, et dont l'ongle ramène des débris, mais en règle générale l'état du col le rend impossible.

Devant un tel tableau clinique, l'interrogatoire acquiert la plus grande importance et l'on doit s'efforcer d'obtenir de la malade ou de son entourage des renseignements précis.

L'on retrouve toujours une grossesse antérieure, qu'elle ait été normale ou anormale (môle, avortement). Quelque temps après sont apparus plus ou moins précocement des troubles menstruels : c'étaient des hémor-

ragies peu abondantes, anormales par leur durée, leur persistance, et leur facilité à réapparaître au moindre effort. Elles augmentaient à la période des règles, devenant quelquefois très abondantes. Des écoulements séreux, des douleurs liées probablement à l'expulsion des caillots complétaient le tableau. La répétition, la fréquence, l'abondance de ces pertes séro-sanguines, et d'autre part le retentissement qu'elles avaient sur l'état général, ont inquiété la malade et l'ont souvent amenée à subir un curettage (c'est parfois d'ailleurs à cette occasion que l'hémorragie interne s'est produite). D'ailleurs les métrorragies n'ont pas cédé pour cela et se sont poursuivies jusqu'à ce jour où la malade est amenée d'urgence au chirurgien.

Dans quelques cas rares (Obs. de SIREDEY, KÖNIG, DESPLAS), on retrouve dans les anamnétiques la notion d'un ou de plusieurs ictus abdominaux antérieurs qui rappellent l'accident actuel par la douleur, la syncope, les signes d'anémie consécutive, mais qui n'ont pas eu alors de conséquence opératoire.

Evolution

En l'absence d'une thérapeutique chirurgicale immédiate, l'évolution de cette affection se fait rapidement vers la mort. Dans nombre de cas l'hémorragie est si abondante que la malade saignée à blanc succombe en quelques heures à peine ; quand, autrement, le sang s'écoule peu à peu de la perforation, l'issue fatale

survient en quelques jours, précédée de signes d'anémie graduels et souvent de péritonite.

L'hémorragie peut cependant s'arrêter parfois d'elle-même : la preuve en est donnée par les perforations bouchées, trouvées à l'autopsie de malades qui avaient eu des ictus antérieurs ; le plus souvent alors, une récurrence ultérieure est mortelle.

Diagnostic

De ce tableau clinique dont nous venons de faire une brève esquisse, il ressort évidemment que, si le diagnostic d'hémorragie intra-péritonéale est en général facile chez de telles malades, le plus souvent la cause réelle du syndrome ne sera découverte qu'à l'intervention ou à l'autopsie. Pourtant, dans quelques cas, un diagnostic plus précis est possible : il doit être guidé par l'interrogatoire d'une part, par la coexistence d'autre part d'un syndrome d'hémorragie interne avec un gros utérus.

Du fait des anomalies du tableau clinique l'on pourra alors éliminer la grossesse tubaire banale. Mais il sera beaucoup plus difficile d'éliminer une grossesse extra-utérine associée à un utérus fibromateux ou gravide, la rupture d'un utérus gravide pathologique.

Le diagnostic, lorsqu'il est possible, est ainsi fondé sur trois ordres de symptômes :

1. — Syndrome d'hémorragie intra-péritonéale grave, précédé d'une douleur abdominale bas-située, brutale, souvent syncopale.

2. — Constatation d'un gros utérus globuleux plus ou moins régulier. ■

3. — Existence d'antécédents gynécologiques spéciaux : métrorragies persistantes, consécutives à une grossesse normale ou souvent pathologique (avortement, môle).

En tout cas, si les antécédents spéciaux manquent, si l'examen clinique a seul été fait, le diagnostic présente des difficultés sérieuses. Bien souvent, l'état de shock de la malade, la défense musculaire sont un empêchement grave à l'interrogatoire et à l'examen. Les éléments essentiels du syndrome (gros utérus, antécédents), manquant alors, on s'arrête à peu près toujours au diagnostic de grossesse extra-utérine rompue et seule une intervention fixe la nature des lésions.

Pronostic et Traitement

Le pronostic de l'inondation péritonéale consécutive à la perforation de l'utérus par un chorio-épithéliome malin est tout particulièrement sombre : c'est une complication qui présente une particulière gravité, et immédiatement, et dans les suites opératoires proches ou lointaines.

Lorsque l'hémorragie interne, brutale et le plus souvent abondante, frappe la malade, celle-ci est déjà affaiblie par ses pertes antérieures, par les phénomènes d'infection locale qui souvent se sont surajoutés. Aussi n'est-il pas étonnant de constater que la mort survient parfois avant même qu'une opération ait pu être tentée : sur 18 de nos observations, nous trouvons deux morts avant toute intervention.

Quand d'autre part, chez de telles malades shockées, anémiées, on a eu le temps d'intervenir, une seule opération est logique : c'est l'*hystérectomie totale rapide*. Or cette intervention est malgré tout infiniment plus grave que l'exérèse d'une trompe rompue dans une grossesse tubaire : sur 16 cas opérés, nous notons huit décès dans les heures qui suivent l'intervention (peut-être la fragilité particulière que présentent ces mala-

des est-elle encore accrue par le néoplasme) ; aussi la guérison opératoire atteint-elle seulement le pourcentage de 50 %.

Le pronostic est encore aggravé par ce fait que malheureusement cette guérison reste exceptionnellement définitive : si la malade de SIREDEY vit encore 2 ans après l'intervention, chez toutes les autres malades la mort survient rapidement après une survie qui va de trois semaines à cinq mois (obs. 5, 9, 12, 15) ; des récidives in-situ et des métastases emportent rapidement les malades et en fin de compte si, sur le nombre limité d'observations publiées, nous essayons d'établir le pourcentage total des guérisons, nous voyons qu'il ne dépasse pas 5,5 %.

Ces résultats ne sont évidemment guère encourageants et cependant, quelque décevants soient-ils, on ne saurait abandonner de telles malades à l'évolution spontanée de cette affection. Il ne faut naturellement pas compter sur l'arrêt de l'hémorragie par une occlusion de la perforation (obs. 6-10, par exemple) ; très exceptionnelle, celle-ci est suivie, on l'a vu, de récidive de l'hémorragie le plus souvent. Et d'autre part, nous avons montré que la perforation survient souvent à un moment où le chorio-épithéliome est encore localisé à l'utérus : rares sont les métastases à distance ; aussi une intervention rapide, faite à ce moment précoce, laisse malgré tout un espoir de guérison.

Si l'on parcourt en effet les publications consacrées à la thérapeutique du chorio-épithéliome non compliqué, on constate que la proportion des survies prolon-

gées qui égalent presque à des guérisons est relativement forte :

JEANNIN, sur 3 cas observés, a une mort immédiate, deux guérisons qui se maintiennent 6 et 7 mois.

EIERMANN, cité par POLLOSSON et VIOLET, rapporte une série de 27 cas suivis, dont 11 sans récidives au bout de un à trois ans.

POLLOSSON et VIOLET ont pu suivre 5 malades opérées, bien portantes et sans récidives en 1913, avec des survies de cinq ans, quatre ans et de deux ans.

Ils rappellent en outre le résultat opératoire de la malade de NOVÉ-JOSSERAND qui était vivante vingt ans après l'opération.

MUNRO-KEER admet qu'on peut obtenir une guérison définitive dans 30 % des cas : sur 8 malades opérées par lui, deux restent guéries plusieurs années après l'opération (l'une dix ans après) ; une malade opérée depuis un an reste sans récidives ; une a été perdue de vue ; deux sont mortes des suites opératoires ; deux sont mortes de métastases.

Enfin, si des métastases se produisent, un traitement curie ou radiothérapique peut les améliorer : la malade de SIREDEY, qui fut ainsi traitée pour une récidive vaginale, peut être considérée comme guérie.

De tout cela, il résulte que, si la thérapeutique de l'hémorragie interne consécutive à la perforation de l'utérus par un chorio-épithéliome malin est particulièrement aléatoire, l'intervention systématique reste pourtant non discutable.

Traitement

En face d'un syndrome d'inondation péritonéale l'indication opératoire est en effet absolument formelle quelle que soit la cause ; le plus souvent, c'est avec le diagnostic de rupture tubaire que cette indication est posée, mais, même dans les cas où les éléments cliniques permettraient de poser le diagnostic de chorio-épithéliome malin, il y a lieu d'intervenir pour essayer, s'il est possible, d'arrêter l'hémorragie et en même temps de traiter la lésion causale

Le principe de l'intervention étant admis, deux points restent à discuter, à savoir le moment de cette intervention et sa technique.

Pour la majorité des chirurgiens contemporains, l'indication, dans les cas d'inondation péritonéale, est une indication d'urgence absolue ; l'intervention doit être pratiquée aussi précocement qu'il est possible, dès que la malade a pu être réchauffée et préparée, c'est-à-dire en pratique au maximum une heure ou deux après son entrée à l'hôpital.

En face de cette opinion, quelques auteurs comme Alberti et Desgoutte ont soutenu dans les cas de rupture tubaire la thèse de l'intervention retardée, le facteur « *hémorragie* » leur semblant dans nombre de cas moins important que le facteur « *shock réflexe* », si bien qu'ils croient utile de soumettre pendant plusieurs heures la malade à un traitement général, pour intervenir ultérieurement dans de meilleures conditions.

Quelle que puisse être sa valeur dans les cas de grossesse tubaire rompue, cette opinion ne saurait en tout cas s'appliquer aux cas d'inondation péritonéale qui nous intéressent : il ressort, en effet, de la lecture des observations publiées, qu'ici l'abondance de l'hémorragie domine le pronostic immédiat, et que l'hémostasie spontanée reste des plus improbables. C'est donc aussi précocement que possible qu'il conviendra d'intervenir dans de tels cas.

L'intervention décidée, la seule opération logique est la laparotomie exploratrice suivie d'hystérectomie totale : elle seule, en effet, permet de réaliser de façon certaine l'hémostase que la simple ligature des pédicules ne saurait assurer. En outre, elle constitue à la fois, la thérapeutique de l'accident et une tentative de cure radicale. Mais cette intervention pratiquée par voie abdominale reste grave chez des malades en état d'anémie aiguë : et c'est pourquoi certains auteurs ont pu pratiquer l'hystérectomie subtotale, plus rapide, moins shockante.

Il nous semble que, quels que puissent être les avantages immédiats de l'hystérectomie subtotale, celle-ci est illogique en face d'une tumeur maligne ; et faute de pouvoir, en raison de l'état général, pratiquer la colpo-hystérectomie élargie qui serait parfaitement satisfaisante dans de tels cas, *l'hystérectomie totale rapide*, sous anesthésie générale à l'éther, nous paraît seule indiquée. Elle sera parfois rendue possible par une transfusion sanguine pratiquée peu avant ou aussitôt après l'intervention.

Enfin, elle pourra être complétée ultérieurement, dans les cas malheureusement rares où la malade résiste au shock opératoire, par le traitement radiothérapique ou curiethérapique qui, peut-être, est susceptible d'améliorer le pronostic éloigné.

Conclusions

I. — Parmi les causes rares qui, en dehors de la grossesse extra-utérine, peuvent être à l'origine des syndromes aigus d'inondation péritonéale, il convient de décrire les accidents d'évolution des chorio-épithéliomes malins aboutissant à la perforation de l'utérus. En effet, les syndromes d'inondation péritonéale dus à cette cause se présentent avec des caractères anatomo-cliniques qui leur donnent une certaine individualité.

II.— La connaissance de ces accidents est de date assez récente (1904, HORMANN). Il s'agit d'ailleurs, là, d'une lésion rare et dont 23 cas seulement peuvent être retrouvés dans la littérature depuis cette date.

Ils se produisent, en général, chez une femme jeune présentant dans ses antécédents une grossesse, et souvent une grossesse molaire, suivie de fausse couche et de curage utérin.

III. — Les lésions constatées chez de telles malades consistent, en dehors de l'hémorragie intra-péritonéale

très abondante, en une perforation, en général assez limitée, siégeant en un point variable du fond utérin et correspondant sur la face interne de l'utérus au point d'implantation de la tumeur chorio-épithéliale.

Le mécanisme des accidents s'explique donc très simplement par l'action térébrante de cette tumeur sur la paroi utérine ; la gravité de l'hémorragie est en rapport avec la vascularisation veineuse intense de cette paroi au contact de la tumeur.

IV. — Au point de vue clinique, cette lésion est caractérisée par une triade symptomatique :

1^o Présence dans les antécédents d'une grossesse.

2^o.Syndrome brutal d'inondation péritonéale.

3^o Constataction d'une augmentation de volume assez considérable de l'utérus semblant correspondre à une gravidité de 3 ou 4 mois.

C'est l'association, dans les cas typiques, de ces trois ordres de phénomènes, qui peut faire éliminer les autres causes d'inondation péritonéale et conclure à un accident d'évolution du chorio-épithéliome.

V. — Le pronostic de cet accident est tout particulièrement grave, soit immédiatement, en raison de l'intensité de l'hémorragie et des difficultés de la thérapeutique chirurgicale, soit ultérieurement, en raison de la malignité de la lésion causale.

VI. — Le seul traitement logique est l'*hystérectomie totale rapide*, qui pourra être ultérieurement suivie, s'il y a a lieu,, d'un traitement radiothérapique com-

plémentaire. La mortalité opératoire dans cette forme d'hémorragie intra-péritonéale ne peut être comparée, par sa fréquence infiniment plus grande, à la faible mortalité consécutive aux interventions pour grossesse extra-utérine.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	BÉRARD.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 7 Octobre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- BESANÇON. — (*Thèse de Paris*, 1929). L'inondation péritonéale et l'hématocèle en dehors de la grossesse extra-utérine.
- BRIQUEL. — (*Thèse de Nancy*, 1903). Tumeurs du placenta et tumeurs placentaires.
- BUTOMO. — (*Centralblatt für Gyn.* Leipzig 1926, Bd. 15, Seite 1034). Intraperit. Blüt. beim Chorio-epitheliom der Gebärmutter.
- CABANIÉ. — (*Thèse de Toulouse*, 1924-1925). Les hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale, en dehors de la grossesse.
- CHISHOLM. — (*The Lancet*, 1920, p. 1259).
- CREYSSEL et BOYER. — (*Gynécologie et Obstétrique*, 1930). Des syndromes d'inondation péritonéale par perforation utérine consécutive à l'évolution du chorio-épithéliome malin.
- COTTALORDA. — (*Gynec. et Obst.*, 1921, tome II, p. 119). Môle hydatiforme, chorio-épithéliome et kystes lutéiniques de l'ovaire. Rapports étiologiques, cliniques et opératoires.
- DESPLAS et BARTHES. — (*Sem. des Hop. de Paris* du 15 janvier 1927). Une complication rare et dramatique du chorio-épithéliome : l'hémorragie intra-péritonéale par perforation utérine.

- DURANTE et ROULLAND. — (*Annales de Gynécologie*, sept. 1926, p. 513). Placentome malin et lésions utérines préexistantes.
- FAURE et SIREDEY. — (*Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*).
- FERGUSON. — *Trans. of the obst. soc. of London*, tome 49, p. 57). Chorio-endotheliom of uterus, intraperitoneal hæmorrhage; Hysterectomy; Death.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Gynécologie (in traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet)*.
- GÉRARD. — (*Thèse de Lyon*, 1908-1909). Contribution à l'étude clinique du déciduome malin ou chorio-épithéliome.
- GONNET, CREYSSSEL et BOYER. — (*Bull. Soc. Obst.*, juillet 1930, p. 512). Inondation péritonéale par perforation utérine consécutive à un chorio-épithéliome malin d'origine molaire.
- GOTTSHALL (Pauline). — (*Hegars beiträge zur Geb. und Gyn.*, 1901, Bd 4, Heft 3, Seite 331). Ein Fall destruierender Blasenmole mit Ubergang in Syncytioma malignum.
- HARKNESS. — (*Brit. med. journal*, nov. 1920, p. 744). Hydatiform mole, Perforation of uterus.
- HENKEL. — (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 52, 3, p. 501).
- HORMANN. — (*Beiträge f. Geb. und Gyn.*, 1904). Ruptur einer chorio-epitheliom mit schwerer intraperitoneale Blütung.
- JACUBASCH. — (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, Bd VII, Seite 55, 1882).
- KALTENBACH. — (*Verhandl. des X internat. Med. Congres*, Bd III, Abth. VIII, S. 71, Berlin 1890). Erfahrungen über Uterussarcom.

- KÖENIG. — (*An. de Gynécologie*, nov. 1905, p. 689). Môle hydatiforme maligne; métastases chorio-épithéliomateuses dans le poumon; mort par hémorragie intra-péritonéale.
- LEOPOLD. — (*Centralblatt für Gyn.*, 1896, n° 32, Bd 20, S. 842). Über eine laparotomie wegen innere Verblutung. Deciduoma malignum.
- MERLE. — (*Thèse de Paris*, 1929). Contribution à l'étude des hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale, non tubaire.
- MUNRO-KEER. — (*The Lancet*, 1922, volume CCII, n° 5132, p. 9 et 10). Chorio-epithelioma.
- NAGELSBACH. — (*Münch. med. Wochenschrift*, 1922, n° 14, p. 510). Chorio-épithéliome malin avec hémorragie intra-péritonéale.
- OUNEGOWSKY. — (*Thèse de Paris*, 1929). Contribution à l'étude du chorio-épithéliome malin de l'utérus.
- PATTI. — (*Revue française d'obst. et gynéco.*, juillet 1926). Le chorio-épithéliome de l'utérus secondaire à l'avortement.
- PEREZ et JACOB. — (*Semana Medica*, 1928, XXXV, p. 1201; *Bul. soc. de obst. y gyneco. de Buenos-Ayres*, 1928). Perforating môle. Chorio-epithelioma. Death from internal hæmorrhage.
- POLLOSSON (A.) et VIOLET. — (*Lyon Chirurgical* du 1^{er} mars 1913). Etude sur six cas de chorio-épithéliome malin. — (*Revue de Gyn. et Chir. Abd.*, 1913, p. 455). Rapport au septième Congrès national de gyn., obst., et pédiatrie de Lille.
- REINICKE. — (*Archiv. für Gyn.*, 1897).
- SIREDEY, BROCCQ, MONOD, RICHARD. — (*Gynécologie et Obstétrique* de 1925, XII, p. 349). Placentome malin. Perforation spontanée de l'utérus. Hystérectomie subtotale; récurrence immédiate traitée par les rayons X, puis radium-thérapie. Guérison.

- STROZZI. — (*La Clinica obstetrica*, janvier 1924, p. 1121).
Un cas de chorio-épithéliome avec perforation de
l'utérus.
- SUNDE. — (*Supplément de Norsk Magazin for Læge vi-
denskaben*, mai 1920). Epithéliome malin, étude
clinique et anatomopathologique, 1 vol. in-4°,
Kristiania 1920.
- TARTANSON. — (*Thèse de Lyon*, 1908-1909). Les hémor-
ragies et l'hématocèle intra-péritonéales sans
grossesse ectopique.
- TEACHER. — (*Journal of obst. and gyn. of the british em-
pire*; Juli 1903). On chorio-epithelioma.
- WEIL-SPIRE. — (*Thèse de Paris*, 1927). Formes cliniques
et évolution de la môle hydatiforme.
- WERTHEIMER et AMOUROUX. — (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*,
1929, p. 354). Perforation utérine au cours de
l'évolution d'un Chorio-épithéliome. Inondation
péritonéale. Hystérectomie d'urgence.
- WYDER. — (*Gesellschaft der Ärzte in Zürich; Sitzung
von 14 Juli 1900. Monats. 1901. Bd 13. Heft 2.
Seite 276*). Drei Fälle von Syncytioma malignum.
- ZAHN. — (*Virchow's Archiv*. 1884, Bd 96, Heft 1, 7 April.
Seite 15). Über einen Fall von Perforation der
Uteruswandung durch einen Placentarpolypen
mit nachfolgender Hæmatocele retro-uterina.
-

Table des Matières

INTRODUCTION	9
PREMIÈRE PARTIE. — <i>Observations</i>	13
Historique	31
Etiologie et Pathogénie	35
Pathogénie	38
Anatomie Pathologique	41
DEUXIÈME PARTIE. — <i>Etude clinique</i>	45
Symptômes	45
Evolution	47
Diagnostic	48
Pronostic et Traitement	51
Traitement	54
CONCLUSIONS	57
BIBLIOGRAPHIE	61



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON ,

LYON o o o o



